

Formulario para comunicaciones confidenciales

Este formulario nos ayuda a entender la manera en que desea que nos comuniquemos con usted, u otras personas, acerca de la atención que le brindamos. Usted puede elegir qué formas de comunicación desea que utilicemos y con quién podemos compartir tal información. Es posible que necesitemos comunicar resultados de pruebas, información de recetas o responder a algún mensaje que haya dejado en el consultorio de su médico. Al completar este formulario, usted entiende lo siguiente:

- Este formulario nos da permiso de comunicarnos con usted de la manera que usted lo elija.
- Puede cambiar las decisiones indicadas en este formulario en cualquier momento si completa un nuevo formulario. No podremos cambiar la información incluida en este formulario por vía telefónica. Si desea hacer algún cambio al presente formulario, es su responsabilidad comunicarse con nosotros para completar un nuevo formulario. Durante su próxima visita a nuestro consultorio se le solicitará que por lo menos una vez al año revise o actualice este formulario.
- Si nos da permiso de comunicar su información de salud a otra persona, entiende que esto podría incluir cualquier información contenida en su expediente médico, incluyendo resultados de exámenes, medicamentos, diagnósticos, procedimientos, etc.
- Entiende que sus decisiones en este formulario son aplicables a las comunicaciones que se realicen a, o desde los consultorios médicos de HonorHealth y no en otros lugares dentro de HonorHealth (por ejemplo, el hospital para pacientes internos).
- Usted recibió una copia del *Aviso de las Prácticas de Privacidad* de HonorHealth y entiende otras formas en las que HonorHealth puede usar o divulgar su información de salud, que de otra manera no se enumeran en este formulario.

Nombre del paciente: _____ **MRN:** _____

Por favor marque todas las casillas que sean aplicables para indicarnos cómo desea que le comuniquemos información:

- Pueden contactarme por teléfono / texto / mensaje de voz. Celular Casa : (_____) _____ - _____
- Pueden contactarme por correo electrónico. Dirección de correo electrónico: _____

A continuación por favor liste el/los nombre(s) de la(s) persona(s) a quienes nos da permiso de comunicar su información de salud y el tipo de información que nos permite comunicar:

Nombre y número de teléfono	Relación de esta persona con usted	Información que podemos compartir (marque la casilla)
		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de citas <input type="checkbox"/> Información médica
		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de citas <input type="checkbox"/> Información médica
		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de citas <input type="checkbox"/> Información médica

Mediante su firma a continuación, usted nos autoriza a que le comuniquemos su información médica, y nos permite compartir su información de salud con otras personas, tal como se indica arriba.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma del paciente

Fecha de firma

Representante legal del paciente (si el paciente no puede firmar) (en letra de molde)

Firma del representante legal del paciente

Fecha de firma del representante legal del paciente